

## Asociación de tuberculosis y sarcoidosis

**Sr. Director:** El diagnóstico de sarcoidosis se establece a partir de una clínica sugestiva y presencia de lesión sarcoidea granulomatosa no caseificante. La radiología, gammagrafía y el test de Kveim positivo son complementarios y facilitan la exclusión de otras enfermedades granulomatosas.

La asociación sarcoidosis-tuberculosis (TB) es poco frecuente. Presentamos un caso de TB cuya evolución clínica tórpida y la persistencia de adenopatías mediastínicas llevó a la realización de mediastinotomía que evidenció la presencia de sarcoidosis.

Ambas granulomatosis evolucionaron favorablemente con tratamiento tuberculostático y corticoideo (deflazacort).

**Caso clínico:** Mujer, 57 años, sin antecedentes. Ingresó por síndrome general, dolor torácico, disnea de tres meses, e hipoventilación en hemitórax izquierdo. Rx tórax: condensación-atelectasia del lóbulo superior izquierdo (LSI), lesiones infiltrativas contralaterales. VSG 27 mm, GOT 43 UI/l, GPT 57 UI/l, hipoxemia moderada. Esputo: baciloscopia negativa. Mantoux negativo. TC tórax: masa-atelectasia del LSI con adenopatías prevasculares y paratraqueales inferiores derechas. Pruebas funcionales respiratorias: obstrucción leve. Broncoscopia (BF): estenosis del LSI con infiltración mucosa; biopsia bronquial: bronquitis crónica granulomatosa probablemente tuberculosa. Cultivo positivo de Löwenstein del broncoaspirado. Se instauró tratamiento tuberculostático con tres drogas con buena tolerancia.

Tras nueve meses de tratamiento, persistía: disnea moderada; adenopatías paratraqueales, hiliares, subcarinales y retroperitoneales; colapso del LSI con afectación intersticial difusa bilateral (fig. 1); VSG 35 mm, GOT 637 UI/l, GGT 171 UI/l y fosfatasas alcalinas 676 UI/l. Gammagrafía con citrato de galio-67: captación pulmonar superior izquierda, región hilar y parótida izquierda. Fondo de ojo: sinequia de iris a cristalino relacionada con antigua uveítis izquierda.

BF: importantes estenosis lobares; biopsia compatible con proceso granulomatoso. Mediastinotomía anterior izquierda: lesiones granulomatosas sarcoideas en biopsia ganglionar y pulmonar.

Se instauró tratamiento con deflazacort (1mg/kg/día) a dosis decrecientes, observándose mejoría evidente (fig. 2).

En las tres últimas décadas se pensaba que la sarcoidosis era una forma atípica de TB<sup>1</sup>, o que la TB era una complicación de la sarcoidosis<sup>2</sup>. Actualmente se reconoce la separación entre ambas entidades<sup>3</sup>. En esta asociación, la sarcoidosis precede a la TB en el 0,5-2% de los casos, pero es más frecuente la TB como complicación del tratamiento esteroideo de la sarcoidosis<sup>4</sup>.

La dificultad diagnóstica estriba en la similitud histopatológica de las lesiones, la ausencia frecuente de BAAR en la tinción de Ziehl de algunas TB, el parecido evolutivo de los nódulos y la anergia tuberculínica (hasta en un 66% de las sarcoidosis)<sup>5</sup>. El granuloma sarcoideo se diferencia del tuberculoso en la ausencia de necrosis caseosa y el asentamiento en diferentes órganos de la economía (glándulas parotídeas, salivares submaxilares, lagrimales, úvea, piel y músculo estriado).

El uso de un nuevo corticoide puede aportar resultados terapéuticos satisfactorios sin haberse observado los efectos secundarios de otros esteroides<sup>6</sup>.

**C. de Abajo Cucurull, F. Pascual Lledó y J.L. Viejo Bañuelos**

Sección de Neumología.  
Hospital General Yagüe. Burgos.

1. Surbled T. Etude des relations entre la sarcoïdose et la tuberculose. Thèse Med, Rouen 1978:843.
2. Scadding JG. *Mycobacterium tuberculosis* in the aetiology of sarcoidosis. Br Med J 1960; 2:1.617-1.623.
3. Rodríguez E, Torres M, Fornes L et al. Asociación de sarcoidosis y tuberculosis. Arch Bronconeumol 1991; 27:271-273.

4. Winterbauer RH, Kraemer KG. The infectious complications of sarcoidosis. Arch Int Med 1976; 136:1.356-1.362.
5. Christ R. Present value of tuberculin tests in sarcoidosis. Z Erkr Atmungsorgane 1987; 169:117-121.
6. Rizzato G, Fraioli P, Montemurro L. Long-term therapy with deflazacort in chronic sarcoidosis. Chest 1991; 99:301-309.

## Tratamiento del neumotórax espontáneo

**Sr. Director:** Una vez leída la carta al director titulada "Sobre las indicaciones quirúrgicas en el neumotórax espontáneo idiopático"<sup>1</sup>, nos gustaría participar en la controversia expuesta por el autor.

Efectivamente tal y como Ligth y prácticamente todos los autores que han publicado sobre el tema señalan, la finalidad del tratamiento del neumotórax espontáneo es doble, por una parte resolver el problema agudo de la ocupación pleural y por otro impedir la recidiva de la enfermedad.

Hace 7 años señalábamos en un trabajo publicado en esa revista como la presencia de bullas pulmonares era la causa determinante de la recidiva del neumotórax<sup>2</sup> y apoyándonos en nuestra experiencia toracoscópica en este campo<sup>3</sup> diseñamos un modelo terapéutico basado en la toracoscopia realizada durante el primer episodio como factor de selección para el tratamiento mediante drenaje o cirugía mayor<sup>1</sup>.

Hoy, tras un amplio seguimiento de los pacientes a los que les realizamos toracoscopia durante este primer episodio y tratamos mediante drenaje con objeto de poder comparar los hallazgos con la tasa de recidiva (tabla I), nos hace perseverar en nuestra idea de que se les debería realizar una toracoscopia a los pacientes con NE en su primer episodio y cuando se objetiven bullas superiores a 2-3 cm o bien ampliamente diseminadas, plantear el tratamiento quirúrgico ya por toracotomía, ya por procedimientos endoscópicos.

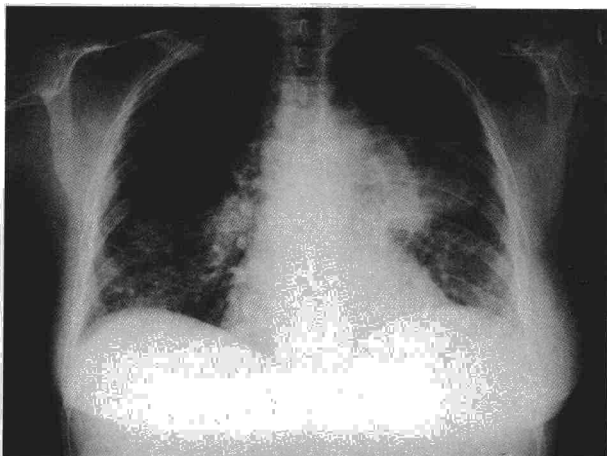


Fig. 1. Afectación difusa bilateral.

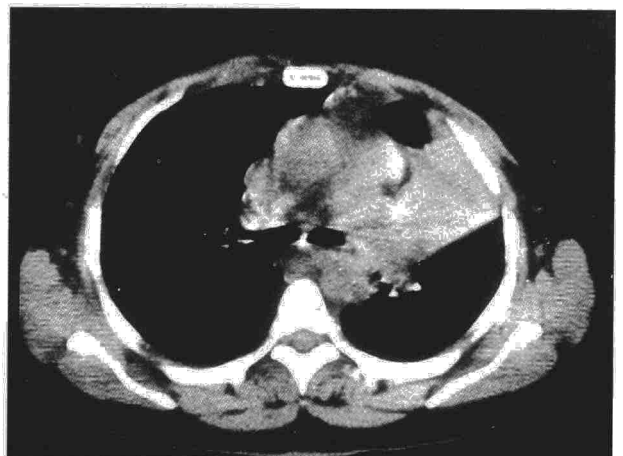


Fig. 2. Mejoría radiológica tras el tratamiento con deflazacort. Se aprecia elevación unilateral del hemidiafragma izquierdo por secuela de la mediastinotomía anterior.

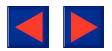


TABLA I

Hallazgos toracoscópicos	N.º pacientes	Recidiva %
Normal	26	3,8
Múltiples adherencias	7	83,3
Bullas < 2 cm	22	4,7
Bullas > 2 cm	49	62

Estimamos que ni el calibre de los drenajes ni la instauración o no de aspiración ni la duración del tiempo del drenaje son factores que intervengan en la disminución de las tasas de recidiva y todo enfoque terapéutico debe de estar basado fundamentalmente sobre el conocimiento del estado de la unidad pleuro-pulmonar, tales como bullas, adherencias y todas las circunstancias que dificulten la reexpansión del parénquima pulmonar.

El hemotórax y ciertas circunstancias socio-laborales son indicaciones quirúrgicas infrecuentes pero clásicamente aceptadas y de una manera seleccionada también compartidas por nosotros.

#### J. Torres Lanzas y J.J. Rivas de Andrés

Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Juan Canalejo La Coruña.

1. Lobo Beristain JL. Sobre las indicaciones quirúrgicas en el neumotórax espontáneo idiopático. Arch Bronconeumol 1992; 28:203-204.
2. Torres J, Rivas JJ. Recidiva del neumotórax espontáneo y su relación con la presencia de bullas. Arch Bronconeumol 1985; 21:212-216.
3. Torres Lanzas J, Rivas de Andrés JJ. La toracoscopia en el neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol 1986; 22:75-78.
4. Torres J, Rivas JJ. Tratamiento del neumotórax espontáneo. Nuevo enfoque terapéutico basado en la toracoscopia durante el primer episodio. Cirugía Española 1988; 43:549-553.

### Biopsia bronquial en el diagnóstico de sarcoidosis

**Sr. Director:** La biopsia transbronquial (BTB) es el método diagnóstico propuesto habitualmente en la sarcoidosis intratorácica, y su rentabilidad varía ampliamente según diversos autores, entre el 45 y el 90 %<sup>1,2</sup>. La realización de biopsias de la mucosa bronquial aumenta la rentabilidad diagnóstica obtenida con la BTB y es, en ocasiones, la única técnica que aporta el diagnóstico<sup>3</sup>. A pesar de ello, su práctica es poco frecuente en nuestro medio<sup>1</sup>. Presentamos un caso de sarcoidosis en el que se obtuvo el diagnóstico mediante la biopsia bronquial y la BTB fue negativa.

Mujer de 55 años de edad, no fumadora y sin antecedentes personales de interés. Cuatro meses antes había sido diagnosticada de eritema nudoso y tratada por su dermatólogo con corticoides, remitiendo la lesión. Con posterioridad se le realizó una radiografía de tórax que mostraba aumento de tamaño y densidad de ambos hilos, de contorno lobulado, compatible con adenopatías, por lo que fue remitida a nuestra Sección. La exploración física, el hemograma y la bioquímica sérica fueron normales. Enzima conversor de la angiotensina (ECA) 34 U/l (valores normales: 20-60 U/l). Los gases arteriales con FiO<sub>2</sub> de 0,21 fueron: pH 7,404; PaO<sub>2</sub> 77 mmHg; PaCO<sub>2</sub> 42 mmHg. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal, sin alteraciones. Los valores espirométricos fueron FVC 2,86 l (90 % del teórico), FEV<sub>1</sub> 2,49 l (104 %), FEV<sub>1</sub>/FVC 87 %. Se realizó una TAC de tórax que mostraba adenopatías hiliares bilaterales, así como subcarinales y paratraqueales derechas. En la broncofibroscopia la tráquea y el árbol bronquial bilateral eran de morfología normal con secreciones serosas escasas. Se realizaron tres biopsias bronquiales de la carina de separación de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho (LID), y BTB en segmento lateral del LID. El resultado anatomo-patológico de la BTB fue de parénquima pulmonar con alveolos parcialmente ocupados por contenido hemático, en la biopsia bronquial se observaron granulomas no caseificantes compatibles con sarcoidosis.

La afectación endobronquial en la sarcoidosis es más frecuente de lo que se puede

observar en el campo de visión accesible al broncofibroscopio, ya que puede afectar a los bronquios más distales<sup>4</sup>. No obstante, la biopsia de mucosa bronquial de zonas sin lesión macroscópica puede resultar también positiva, así Armstrong et al<sup>3</sup> encontraron seis biopsias bronquiales diagnósticas en 16 pacientes en los que no había evidencia morfológica de afectación bronquial; cuando había alteraciones de la mucosa la rentabilidad fue superior al 60 %. En nuestro caso la biopsia bronquial de una mucosa morfológicamente normal permitió el diagnóstico de sarcoidosis, siendo la BTB negativa.

Recientemente se ha sugerido que una biopsia endobronquial positiva en los pacientes con sarcoidosis podría reflejar una mayor intensidad inflamatoria de la enfermedad<sup>5</sup>.

Por todo lo anterior creemos que está justificado realizar la biopsia bronquial en la exploración broncoscópica de pacientes con sospecha de sarcoidosis, ya que aumenta la rentabilidad diagnóstica y podría aportar información pronóstica.

#### I. Padilla Navas, C. Shum y M. Ull

Sección de Neumología y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Elche. Alicante.

1. Badrinas F, Morera J, Fite E et al. Sarcoidosis en Cataluña: análisis de 425 casos. Med Clin (Barc) 1989; 93:81-87.
2. Koontz CH, Joyner LR, Nelson RA. Transbronchial lung biopsy via the fiberoptic bronchoscope in sarcoidosis. An Intern Med 1976; 86:64-66.
3. Armstrong JR, Radke JR, Kvale PA, Eichenhorn MS, Popovich J. Endoscopic findings in sarcoidosis. Characteristics and correlations with radiographic staging and bronchial mucosal biopsy yield. Ann Otol 1981; 9:339-343.
4. Dines DE, Stubbs SE, MacDougall JC. Obstructive disease of the airways associated with stage I sarcoidosis. Mayo Clin Proc 1978; 53:788-791.
5. Bjermer L, Thunell M, Rosenhall L, Stjernberg N. Endobronchial biopsy positive sarcoidosis: relation to bronchoalveolar lavage and course of disease. Respir Med 1991; 85:229-234.

### Información

#### INTERNATIONAL MEETING ON "OXYGEN TRANSPORT IN HEALTH AND DISEASE"

Barcelona, noviembre 4-6, 1993

#### Secretaría técnica:

Srta. Conxi Gistau  
Servicio de Neumología  
Hospital Clínico y Provincial  
Villarreal, 170  
08036 Barcelona  
Spain

Tel. 34 3 454 60 00 ext. 2353  
Fax. 34 3 454 47 20

### Fe de erratas

En el número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, Vol. 29, n.º 1, 1993; 51-52, aparece una errata en el título de la carta firmada por el Dr. Rodríguez Roisín, donde dice "alveolo-capilar" debe decir "alveolo-arterial".